

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1956

THÈSE

N° 783

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

TALAMAS Claude,

né le 21 Septembre 1924, à BRUNEHAMEL (Aisne)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 2 Juillet 1956

**Précisions sur la classification histologique et
les corrélations anatomo cliniques des carcinomes bronchiques**

Président : M. Etienne BERNARD, Professeur

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1956

N° _____

T H E S E

pour le

D O C T O R A T en M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

T A L A M A S , Claude, né le 21 septembre 1924

à Brunehamel (Aisne)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT le _____

PRECISIONS SUR LA CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE ET
LES CORRELATIONS ANATOMO CLINIQUES DES CARCINOMES BRONCHIQUES
=====

Président: M. Etienne BERNARD, Professeur .



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153722_0045

Doyen honoraire :
M. BAUDOUIN

Professeurs honoraires :

MM. BAUDOUIN, BENARD(H) BROCC(P) CADENAT, CARNOT, CHABROL,
CHAMPY, CHEVASSU, DEBRE (R) DELBET, DONZELOT, GASTINEL
GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, LAROCHE (G) LAUBRY, LEMAITRE,
LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT
MONDOR, MULON, OLIVIER(E), RICHTER(Ch) SANNIE, SEZARY, TANON,
VELTER.

Doyen Léon BINET
Membre de l'Institut
Assesseur Jean VERNE.

I- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie pathologique	DELARUE (A)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	JEAN-BERNARD
Chimie médicale	JAYLE (M.F)
Cliniques chirurgicales { Hôtel-Dieu	MENEGAUX
{ Beaujon	SICARD (A)
{ Salpêtrière	MOULONGUET (P)
{ Cochin	QUENU (J)
Clinique chirurgicale réparatrice et ortho- pédique	MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN (M)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	de GAUDART d' ALLAINES
Clinique chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire ...	MONOD (R)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique des maladies cutanées et syphiliti- ques	DEGOS (R)
Clinique des maladies du Sang	CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du système nerveux ...	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'en- céphale	DELAY (J)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
Cliniques médicales { Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
{ Bichat	JUSTIN-BESANCON
{ Cochin	MOREAU (R)
{ Broussais	de GENNES (L)
Clinique médicale d'hydro-climatologie théra- peutique	DEBRAY
Clinique médicale Propédeutique	PASTEUR VALLERY- RADOT (L)

Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN(R)
Cliniques obstétricales	(Tarnier LANTUEJOUL(P)
	(Baudelocque LACOMME(M)
	(Port-Royal VARANGOT
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN(A)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires	HAMBURGER
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER(C)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE(F)
Clinique stomatologique	DECHAUME(M)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE(A)
Clinique urologique	FEY(B)
Embryologie	GIROUD(A)
Génétique médicale	LAMY(M)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	SOULIE
Histologie	VERNE(J)
Hygiène et clinique de la 1 ^{ère} enfance	TURPIN
Hygiène et médecine préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE(H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE(R)
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GALLIARD(H)
Pathologie chirurgicale	N...
Pathologie exotique	LAVIER(G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE(J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale(chaire à titre personnel)	MERKLEN(F.P)
Pathologie médicale	DECOURT
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN(J)
Rédiatrie sociale	MARIE(J)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD(R)
Physico-chimie médicale(chaire à titre personnel)	DOGNON(A)
Physiologie	BINET(L)
Physique médicale	STROHL(A)
Radiologie médicale	DESGREZ(H)
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	N...

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES .

MM.	
Anatomie	DELMAS(A) pr.s.ch
	DEBEYRE(J)
	OLIVIER
	CABROL(C)
Anatomie pathologique.	GAUTHIER-VILLARS(Mlle P)pr.s.ch.
	Busser(F)
	GOUYGOU(Ch)
Bactériologie	NEVOT(A)
	CHRISTOL(D)

Biochimie médicale ETTORI(J) pr.s.ch.

N...

N...

Biologie médicale BOURLIERE(F)

Dermato-syphiligraphie : DUPERRAT(F)

Embryologie TUCHMANN

Histologie N...

N...

N...

Hydrologie CORNET

Hygiène BOYER(J) pr.s.ch.

DEPARIS (M), pr.s.ch.

Maladies infectieuses ... BASTIN

Médecine légale et du

Travail DEROBERT(L) pr.s.ch.

GAULTIER (M)

HADENGUE(A)

ALBAHARY

Neuro-chirurgie DAVID(M)

Neurologie LHERMITTE

Obstétrique GRASSET(J)

LEPAGE(F)

MERGER(R)

MORIN(P)

RAVINA(J)

ROBEY(M)

LE LORIER

Ophtalmologie DESVIGNES(P)

BREGEAT

Orthopédie JUDET(R)

Oto-rhino-laryngologie.. AUBRY(M)

MADURO(R)

Parasitologie CHABAUD(A)

N...

Pathologie chirurgicale. ABOUKLER(P)

BAUMANN(J)

GOSSET(J)

LAURENCE(G)

LORTAT-JACOB(J)

OLIVIER(Cl)

POILLEUX(F)

VERNE(J.M)

DUBOST

MATHEY

FLABEAU

CAUCHOIX

FAUREL

BARCAT

GERMAIN

THOMERET

Pathologie expérimentale	LOEPER (M) MAURICE
Pathologie médicale	BOUDIN (G) CASTAIGNE (P) CONTE (M) DOMART (A) LAMOTTE (M) LAROCHÉ (Cl) MILLIEZ (P) PEQUIGNOT (H) PERRAULT (M) RAMBERT (P) THIEFFRY (St) TURIAF (J) BRICAIRE ROYER BRISAUD DEROT BOUVIER MACREZ WOLFROMM
Pédiatrie	JOSEPH (R) MOZZICONACCI (p) POLONOVSKY (Cl)
Pharmacologie	CHEYMOL (J) pr.s.ch LEVY (Mlle J) -d°-
Physiologie	BARGETON (D) -d°- PARROT (J) -d°- DEJOURS (P)
Physique médicale	DJOURNO (A) -d°- GOUGEROT (L)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	PICHOT
Psychiatrie infantile	MICHAUX (Z)
Rhumatologie	DELBARRE
Stomatologie	CHAPUT (Mme A) CERNEA (P)
Thérapeutique	CHASSAGNE
Urologie	KUSS (R)
III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent .	
Clinique chirurgicale	AMELINE (A) HUGUIER (J) LEGER (L) PADOVANI (P) ROUX (M) RUDLER (J.C)

MM.

Clinique médicale BROUET (G)
N...
DREYFUS (Gilbert)
HAGUENAU (M) pr.s.ch.
KOURILSKY (R)

MARCHAL (G)

Clinique obstétricale ECALLE (G)
MAYER (M)

Clinique ophtalmologique OFFRET (G)

Clinique urologique COUVELAIRE (R)

Secrétaire Général de la Faculté M. MOREL (J)
Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G)

Conservateur, chargé de la direction, M.le Dr. HAHN (A)
Conservateur Mlle GOICHON

Bibliothécaires Mlles DUMAITRE (P)
LAURENT (H)
LE NOIR (G)
QUIEVREUX (E)

A Monsieur le Professeur Etienne BERNARD

Professeur de la Chaire de Clinique
de Pneumo-phtisiologie

Médecin des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine

qui nous fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse,

qu'il veuille trouver ici
le témoignage de notre
profond respect et de notre
très grande reconnaissance
pour toute sa bienveillance,

A Monsieur le Docteur Roger EVEN

qui accepta pendant cinq années,
non seulement de nous faire profiter
de ses vastes connaissances, mais
aussi de nous enseigner la clarté,
la concision, la modestie, la valeur
de l'amitié dans l'art de la médecine,

A Monsieur le Docteur Jean ROUJEAU

qui fût l'inspirateur et le guide de
cette thèse

en remerciement de tous ses
enseignements, de son dévouement,
de son amitié .

aux Docteurs

Christian SORS

Alfred DUROUX

Jacques VIBERT

Jean DAMOND

Pierre PERALDI

en gage d'amitié

CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE

La classification des cancers bronchiques a subi ces dernières années des variations qui traduisent bien la difficulté d'identification de certaines tumeurs . Il est certain que nombre de ces difficultés sont inhérentes aux conditions techniques .

Le prélèvement biopsique qui n'est possible que dans 50% des cas environ, ne ramène que de minuscules fragments, ne représentant au mieux qu'un pôle de la tumeur, celui qui, par sa situation, est le plus facilement soumis à des modifications inflammatoires ou infectieuses.

L'aspiration biopsée, entre des mains exercées, permet bien souvent de ramener un fragment de tumeur et sa valeur est alors identique à celle de la biopsie . Mais dans un nombre non négligeable de cas, c'est seulement l'étude d'un étalement, coloré suivant la méthode de Papanicolaou, qui va permettre de trouver des cellules certes tumorales, mais bien difficiles à faire entrer dans un cadre histologique précis .

Enfin il est possible (sans entrer dans les discussions que peuvent faire naître entre des anatomopathologistes distingués les interprétations différentes de mêmes coupes) de constater des aspects foncièrement

opposés lors de biopsies successives chez un même malade, ou lors d'une exérèse chirurgicale après biopsie.

C'est ainsi que HUGUENIN considère que le polymorphisme histologique des carcinomes bronchiques est chose fréquente et que l'on observe, en fait, "un moment" "un aspect évolutif" du cancer. Sans entrer dans ces discussions, nous pouvons dire que nous avons été frappés, à diverses reprises, par ces discordances et qu'en particulier dans un de nos cas personnels, la métastase ganglionnaire d'un épithélioma bronchique épidermoïde différencié se présentait sous l'aspect d'un cylindre typique.

Quoi qu'il en soit, depuis que HUGUENIN, dans sa thèse (1928) avait fait entrer les cancers à petites cellules parmi les épithéliomas, la classification généralement admise se présentait ainsi :

- 1) épithéliomas malpighiens
- 2) épithéliomas glandulaires
- 3) épithéliomas à petites cellules
- 4) épithéliomas à stroma remanié

Actuellement, et bien que la question soit sans cesse remaniée, nous croyons possible d'envisager une détermination plus précise sans être définitive, car

peut-être un peu trop axée sur des corréllations anatomo cliniques qui ne sont pas toujours démontrées par les faits .

I- LES EPITHELIOMAS EPIDERMOÏDES -

dans lesquels nous ne classons que les aspects parfaitement différenciés .

Dans ces condions ils se présentent sous deux aspects schématiques en rapport avec leur degré de maturation :

- épithéliomas épidermoïdes naturels
- épithéliomas épidermoïdes immatures

Dans les deux cas, ils se présentent sous forme de travées ou de lobules composés de cellules unies entre elles, plus ou moins anormales, mais représentant toujours la caricature d'un épithélioma malpighien .

Dans certains cas, l'évolution se fait vers la maturation kératosique ou, plus souvent, parakératosique, dans d'autres, l'épithélioma reste parfaitement immature .

Quant aux épithéliomas épidermoïdes dits indifférenciés , nous avons l'impression que ce terme cache, suivant les auteurs, des faits différents . Pour certains, cette qualification concerne des tumeurs dont l'architecture générale rappelle celle des tissus

malpighiens .

Ces tumeurs, pour nous, devraient être classées parmi les épithéliomas épidermoïdes immatures .

Pour d'autres auteurs, épithélioma épidermoïde indifférencié est synonyme de tumeur à cellules isolées à stroma lâche ou dense, ou, au contraire, réuni en nappes denses mais indépendantes les unes des autres . Bien que les caractères mêmes de ces cellules les rapprochent des cellules malpighiennes, il nous semble que ces tumeurs devraient être classées dans les cancers anaplasiques .

II- EPITHELIOMAS ANAPLASIQUES .

Ces cancers, suivant la taille des cellules tumorales, peuvent se diviser en :

- cancers à petites cellules
- cancers à grosses cellules dans lesquels l'aspect cellulaire peut permettre de distinguer :
 - glandulaires indifférenciés
 - malpighiens indifférenciés

Mais, quelque soit l'aspect cellulaire, ce qui compte, à notre avis, c'est la disposition générale :

- soit en nappes diffuses dans un stroma pratiquement inexistant .
- soit en travées plus ou moins grêles, mais ne

rappelant jamais un tissu quelconque et toujours formées de cellules indépendantes les unes des autres .

C'est donc sur la cytologie que l'on peut distinguer :

- Epithélioma à petites cellules
- petits éléments à noyau intensément coloré et à cytoplasme invisible .
- Epithélioma à grosses cellules

 Type glandulaire :

 Cellules arrondies, polyédriques ou plus rarement cubiques, à noyaux clairs à chromatine irrégulièrement disposée, avec cytoplasme bien visible .

 Type épidermoïde :

 Cellules polyédriques à gros noyau très coloré .

III- EPITHELIOMAS GLANDULAIRES DIFFERENCIES .-

Beaucoup plus rares que les deux formes précédentes, ces cancérs voient leur existence, primitive du moins, mise en doute par de nombreux auteurs .

Ils se présentent :

- au niveau des bronches sous la forme de tubes

à hautes cellules polyédriques basophiles .

- au niveau du parenchyme, peut se rencontrer un aspect très particulier : cellules cubiques recouvrant la paroi alvéolaire en respectant l'architecture pulmonaire . Ces faits, rares, ont fait l'objet de nombreuses études .

Mais, en fait, il s'agit bien souvent de métastases comme le montrent nos cas où nous retrouvons six cancers secondaires sur neuf .

IV- EPITHELIOMAS A STROMA REMANIE .

Cette forme est aujourd'hui bien connue, grâce aux travaux modernes et nous reprendrons la classification de MM. DELARUE et PAILLAS, qui distinguent :

- Carcinoïde
- Cylindre vrai
- Pseudocylindre hyalin
- Tumeurs à cellules myo-épithéli~~ales~~

Ayant ainsi rappelé brièvement les caractères principaux des diverses formes histologiques des carcinomes bronchiques, nous pouvons envisager la répartition de nos cas personnels .

Notre statistique se répartit ainsi :

SUR III CAS

I) Epidermoïdes différenciés : 55

dont :

Matures : 34

Immatures : 21

2) Anaplasiques : 43

à petites cellules: 15

à grosses " : 28 ,dont :

glandulaires indifférenciées: 20

épidermoïdes " : 8

3) Glandulaires différenciés : 9

dont:

métastatiques certains : 6

métastatiques incertains: 3

4) Epithéliomas à stroma remanié : 4

Nous voyons donc que la proportion habituelle est à peu près conservée avec 50% d'épidermoïdes et 39% d'anaplasiques .

CORRELATIONS ANATOMO - CLINIQUES

=====

Alors que les corrélations entre l'aspect clinique, l'aspect histologique et l'évolution avaient longtemps été regardées comme inexistantes, des auteurs modernes parmi lesquels nous citeront :

GEBAUER - 1941

HOLLINGWORTH - 1947

ADAMS - 1948

BARIETY et DELARUE - 1949

sont revenus sur la question, et nettement séparés les cancers bronchiques dans leur symptomatologie suivant le type histologique .

C'est ainsi que ces auteurs ont pu décrire :

I) Les cancers épidermoïdes

les plus fréquents : 50%

Age : 55 ans

Point de départ : premières divisions de l'arbre bronchique principal .

Se caractérisent au point de vue anatomique :
par un ou plusieurs bourgeons qui se

développent dans la lumière bronchique .

- par une extension lente qui se fait, avant tout, vers le poumon et très peu vers les ganglions hilaires .
- par la nécrose centrale avec excavation se caractérisent au point de vue clinique :
- par la fréquence des épisodes pneumopathiques aigus .

au point de vue radiologique :

- l'image le plus souvent rencontrée est l'opacité segmentaire assez fréquemment excavée .
- l'évolution :

serait assez lente .

2) Les cancers à petites cellules :

Sujets relativement jeunes : 47 ans .

Réalisent deux aspects principaux :

- Cancer à développement médiastinal
- Cancer des lobaires inférieures et moyenne .

Caractérisés par :

- L'extension péribronchique rapide vers les groupes ganglionnaires, les vaisseaux pulmonaires .

- Les métastases précoces .
- Cliniquement, la forme médiastinale a une individualité nette, les autres ne présentent aucun caractère particulier en dehors de leur évolution rapide et la rareté des hémoptysies.

3) Les cancers glandulaires .

- Certains sont à évolution médiastinale et superposable à celle des cancers à petites cellules .
- Assez souvent atteinte des petites bronches, ombre arrondie sans atteinte des bronches principales .

Mais cette opinion n'est pas partagée par tous les auteurs et c'est ainsi que MM. HUGUENIN, LEMOINE, FAUVET et BOURDIN (2 Juillet 1950) rapportant l'expérience de l'Institut Gustave Roussy portant sur 261 cas, notent seulement :

- Une tendance des épidermoïdes à donner des bourgeons endobronchiques, alors que les glandulaires seraient plutôt infiltrants .
- Une évolution spontanée un peu plus longue dans les épidermoïdes que dans les autres formes .

- Une éfflorescence métastatique un peu plus grande dans les épithéliomas à petites cellules .

Mais ces différences étant très relatives, ils se refusent à faire l'histologie, le support pronostic et thérapeutique infaillible.

Que nous apporte donc l'étude de nos cas ?

Les tableaux ci-joints résument les rapports entre les aspects histologiques ,d'une part,les signes révélateurs, l'aspect bronchoscopique, d'autre part .

Nous voyons donc qu'il est difficile de tirer des conclusions formelles sur des corrélations anatomo-cliniques possibles .

Notre impression est un peu différente de celles des auteurs précédents .

Sans entrer dans des discussions pathogéniques pour lesquelles nous ne sommes pas suffisamment armés, qu'il nous soit permis de rappeler que :

- La majorité des auteurs modernes estiment que l'origine du cancer bronchique est dans les glandes, le " glandulaire " par filiation directe,l'épidermoïde " par métaplasie .

SIGNES REVELATEURS

	: Hémoptysies	: Pneumopathie	: Signes	: Examen
	:	: aiguë ou	: bronchiques	: systématique
	:	: subaiguë	:	:
Epidermoïdes	: I5	: II	: 3	: 5
Anaplasiques	: 6	: 6	: 2	: I
Glandulaires différenciés	: 2	: 0	: 3	: 2

SIGNES BRONCHOSCOPIQUES

	: Bourgeons	: Infiltration	: les deux	: Compression
Epidermoïdes	: 26	: 2I	: 6	: I
Anaplasiques	: I6	: I5	: 2	: 3
Glandulaires différenciés	: 4	: 2	: 2	: I

- Nous avons observé dans un cas des faits de passage entre les cellules cancéreuses " anaplasiques " et les cellules normales des glandes bronchiques .
- Nous avons signalé déjà, au début du chapitre précédent, l'opinion d'auteurs aussi autorisés que R. HUGUENIN et J. DELARUE sur :

- le polymorphisme histologique de ces tumeurs
- les modifications vers la différenciation ou la dédifférenciation suivant le " moment " de l'examen .

- Les faits de passage :

épidermoïde - cylindrome

glandulaire - stroma remanié

qui, pour rares qu'ils soient, renversent le dogme de la spécificité cellulaire.

On peut donc se demander, dans l'état actuel de nos connaissances, alors que nous ignorons tout dans l'étiologie du cancer en général et du cancer bronchique en particulier (et ce ne sont pas les études sur le tabac qui nous apporteront la lumière) s'il ne serait pas plus

profitable de renverser le problème .

En effet, l'on s'acharne à vouloir tirer des conclusions cliniques, évolutives et thérapeutiques sur des faits histologiques .

Ces corrélations sont discutables comme nous venons de le voir .

Or, ce qui ne l'est pas, (en apparence du moins), c'est l'origine commune de toutes ces formes histologiques, c'est la possibilité de passage d'une forme à l'autre , soit spontanément à l'occasion d'une poussée ou d'une rémission, soit sous l'influence du traitement radiothérapique en particulier .

Ainsi, au lieu d'admettre que l'aspect histologique conditionne (dans des limites assez peu précises d'ailleurs) l'évolution et les manifestations cliniques, ne pourrait-on supposer, au contraire, que c'est l'évolutivité générale ou temporaire de ce cancer (exacerbée ou tempérée) qui implique un aspect histologique plus ou moins différencié .

Dans ces conditions, par exemple, un cancer anaplasique représenterait la phase évolutive aiguë d'un cancer épidermoïde, ce qui expliquerait :

- la plus grande radio-sensibilité
(certains auteurs n'ont-ils pas proposé
de provoquer des poussées évolutives pour
rendre radio-sensibles des cancers résistants ?)
- La fréquence des métastases à cette phase.

MAIS TOUT CECI N'EST QU'UNE HYPOTHESE..

C O N C L U S I O N S

=====

Nous avons rappelé brièvement la classification histologique actuelle des carcinomes bronchiques ,dans leur quatre groupes :

- I- Les Epithéliomas Epidermoïdes
- 2- Les " Anaplasiques
- 3- Les " Glandulaires différenciés
- 4- Les " à Stroma remanié

Ensuite, à propos de III cas,nous étudions les corrélations anatomo-cliniques et à ce propos,après avoir étudié les théories de certains auteurs, nous émettons une hypothèse, qui consiste à dire que ce serait l'évolutivité générale ou temporaire du cancer qui impliquerait un aspect histologique plus ou moins différencié,et non pas cet aspect histologique qui conditionnerait l'évolution et les manifestations cliniques .

V U :
Le Doyen :
Léon BINET

V U :
Le Président de thèse :
Et.BERNARD

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris ,
J.SARRAILH.

B I B L I O G R A P H I E

=====

- BITSCHIN (P)- La valeur du cytodiagnostics pour le dépistage précoce des cancers du poumon et des bronches .
Schweizer.Méd. Wschr - Bâle- 7 Fév. 1953 - 83
N° 6- pp. 128- 132
- BREA J.- Cancer primitif du poumon.Etude de 880 cas .
Surgery St-Louis . 1954- 35 .N° 2
- BROCARD,CHOFFEÏ, Mme BOUVIER, SOLIGNAC, Mlle LEON - Diagnostic et pronostic des cancers bronchiques découverts par dépistage systématique . Journ. Fr.Méd et Chirg.Thoracique . Paris- Tome VIII . 1955 .N° I . p. 66 .
- BROOKS. W D; DAVIDSON . M, PRICE-THOMAS C, ROBSON?K,SMITHERS,DW
Rapport de cinq ans d'études du BROMPTON HOSPITAL,
et du ROYAL CANCER HOSPITAL .
- BUISSERET . J. - Le traitement chirurgical du cancer du poumon.
Journal Belge de Radiologie-Bruxelles . 1954- 37 -
N° 3- p. 351-368 .
- CHRISTIANSEN . T - Tumeurs épithéliales primitives pulmonaires trouvées à l'autopsie, au RIKS HOSPITAL, British Journal Cancer . Londres 1952- 7 - N° 4. pp. 428-430.
- CLEMMESSEN, J, NIELSEN, A, JENSEN, E - L'augmentation de fréquence du cancer du poumon au Danemark de 1931 à 1950 .
British Journal cancer Londres . 1953. 7. N° I ,pp. 1-9 .
- DAUMET, DAUSSY, GARNIER, PAILLAS - Etude statistique de 125 cas de carcinomes bronchopulmonaires traités chirurgicalement . Journ. Fr.Méd et Chir.Thoraciques-Paris- Tome VIII - 1955 . N°2 p. 206.
- DELARUE J.- Anatomie pathologique des cancers bronchiques
Rapport présenté au congrès de la Société Internationale de Pathologie géographique . Washington - Septembre 1954.
- DELARUE, MIGNOT, PAILLAS, SORS.-Etude sur la vascularisation des cancers bronchiques . Journ. Fr.Méd et Chirg. thoraciques Tome VIII - 1955 . p. 545.
- DELARUE et PAILLAS -Valeur de l'étude des sécrétions bronchiques pour le diagnostic des cancers des bronches . Presse Médicale -Paris- 1954- 62.N° 38 pp.795-799..
- DELARUE et PAILLAS-Fréquence relative et répartition des formes histologiques des carcinomes bronchiques-étude de 670 cas-Journ. Fr. Méd et Chir thoraciques-Tome VIII- 1955-N° I- pp. 1-13.

- DELARUE et PAILLAS- Etude anatomique des cancers bronchiques primitifs . Revue du Praticien -Paris- 1952 - N° 17- p. 1073
- DOLL,R- Mortalité par cancer du poumon chez les non fumeurs British Journal cancer. LONDRES. 1953- 7- N° 3- pp. 303-312.
- EVEN, FRAIN, ROUJEAU, MARLOIS, TALAMAS - La tomographie frontale oblique dans l'étude des opacités tumorales broncho-pulmonaires . Journ. Fr. Méd et chir thoraciques- Paris- Tome IX- 1955- N° 3-p. 321 .
- FORKET . I.- à propos du dépistage et des facteurs pathogènes des cancers primitifs du poumon .Journ.Belge de radiol. Bruxelles - 1954- 37- N°3- pp. 271 à 288.
- FORESTIER,GROS, FRUHLING, ROEDEL - A propos d'un cas de cancer bronchique inopérable traité par la radiothérapie et histologiquement stérilisé. . Communication Sté Médicale de Strasbourg le 21-III-1953 .
- FRAIN, ROUJEAU,MARLOIS, TALAMAS - Etude tomographique de l'artère trachéo-bronchique . Journ. Fr . Méd et Chi thoraciques -tome VIII- 1955 .N° 5 ,p.519
- FROMMHOLD ,W, SCHLUNGBAUM,W'- Diagnostic du cancer bronchique masqué . Deutsche Medicine Wochenschrift - Stuttgart.1953- 78. N° 39. pp. 1329-1341.
- GIBBON J.H, ALBRITTEN,F, TEMPLETON, I.Y,et NEALON .T.F., Cancer du poumon- analyse de 532 cas- Annals of Surgery - 1953- Vol. 138. N° 4
- HUGUENIN R et FAUVET, J.-Cent cancers bronchiques traités par radiothérapie Journ. Fr.de Méd et Chir thoraciques -Paris- 1949- Tome III- N° I
- HUGUENIN R et FAUVET ,J- Modalités nouvelles de la radiothérapie des cancers broncho-pulmonaires . Bulletin et mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris- 1947- N° 21-22. p.550.
- JAKOBSEN . A.- Tumeurs épithéliales primitives du poumon trouvées au cours d'autopsies faites à l'hôpital Ullevaal (Oslo) . Brit.Journ. Cancer - Londres- 1953- 7-N° 9 . pp. 423-427.
- LECOEUR J- le cancer primitif des bronches dit cancer du poumon (Bibliographie importante) Thèse 1942- PARIS .

- MOLL A- Clinique et diagnostic du cancer pulmonaire -
Deutsch Médzine Wochenschrift- BERLIN- 1953 -4-
N° 13-14- pp. 342-344 .
- PAPILLON ,I et GOYON M. - Considérations sur la roentgenthé-
rapie du cancer bronchique . Journal de Médecine
de Lyon- 1954- N° 35.
- PAPILLON I, et VIOLLAND, R , GOYON , M - La Roentgenthérapie
du cancer bronchique. Journal de Radiologie -1952-
33- N° 1-2.
- PAPILLON, I, VIOLLAND R,GOYON,M- Indications et résultats
de la Roentgenthérapie du cancer bronchique .
A propos de 140 observations . Acta.Radiol .
STOCKHOLM - 1952- 38- N° 6- pp. 506-518.
- POLICARD A et GALY P - Les bronches- Structure et mécanis-
mes à l'état normal et pathologique .
I Vol - Paris 1945- MASSON, édit .
- PRESS, P- A propos du diagnostic précoce des néoformations
pulmonaires .
Praxie . Revue - 1953- 42- N° 24- pp. 491-498 .
- ROUJEAU . I- De la radiothérapie dans les cancers épidermoï-
des des bronches . Journ. Fr.Méd et Chir thoraciques-
TOME VIII-1954- N° 4- p. 386.
- ROUJEAU et SORS- Les hémoptysies catachysmiques au cours de
la radiothérapie des cancers bronchiques .
Journ. Fr. Méd et Chir thoraciques -PARIS -
tome IX- 1955- N° 3- p. 309.
- SANTOS, SILVA MOACYR,LADUE John S, CRAVER,F.U, Etude de 774
cas de cancer du poumon in Revista Bresilaire
de Cirurgie 1953- N° 26 - p.125 .
- SMITHERS, DW .- Considérations sur le cancer du poumon .
Brit.Méd .Journal .LONDRES -1953- pp. 1235-1289.
- TEIXERA Jesu- Cancer do Pulmao. Rapport officiel au premier
Congrès Brésilien des maladies du thorax -
RIO DE JANEIRO 1955 .
- WOOLNER et MAC DONALD- Carcinomes bronchiques . Diagnostic
histologique .
Proceedoreger of the Staff of the Mayo Clinic-
1947- Vol.22N° 18,p.369.
-

